



Depto. de Acción Sanitaria
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE ESTABLECIMIENTOS QUE OTORGAN
PRESTACIONES EN SALUD O SIMILARES**

N° DE SOLICITUD:

I.- ANTECEDENTES	
Nombre del Establecimiento:	
Dirección:	
Sector o población:	Comuna:
Fono:	Email:
DOMICILIO O CASILLA DE ENVIO DE DOCUMENTACIÓN PARA NOTIFICACIÓN (siendo éste una dirección accesible para correos de Chile, radio urbano):	
Nombre del Propietario y/o Razón Social:	
Dirección:	
Sector o población:	Comuna:
R.U.T.:	Fono:
Nombre del Representante Legal:	
Dirección:	
Sector o población:	Comuna:
C.I.:	Fono:
Tipo de Establecimiento: (Marque con una cruz)	
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Policlínicos
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> ELEAM (Hogar de Ancianos)
<input type="checkbox"/> Centro de Diálisis	<input type="checkbox"/> Óptica
<input type="checkbox"/> Pabellón de Cirugía Menor	<input type="checkbox"/> Sala de Ventas de Óptica
<input type="checkbox"/> Laboratorio Clínico	<input type="checkbox"/> Servicio Privado de Traslado de Pacientes
<input type="checkbox"/> Laboratorio Dental	<input type="checkbox"/> Comunidad Terapéutica
<input type="checkbox"/> Salas de Procedimientos	<input type="checkbox"/> Sala Externa de Toma de Muestra
Especificar: _____	
II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS	
1. Copia actualizada y legalizada ante notario de la escritura de la sociedad con su inscripción en el conservador de bienes raíces, el extracto de su publicación en diario oficial y el certificado de vigencia de la sociedad. Si el propietario es una persona jurídica	
2. Fotocopia autorizada ante notario de la escritura que acredite la propiedad del local e inscripción en el conservador de bienes raíces y el certificado de dominio vigente en el caso que el interesado sea propietario del local	
3. Copia autorizada ante notario del contrato vigente en el caso que el interesado sea propietario del local	
4. Copia autorizada ante notario del contrato vigente de arriendo del local suscrito por el propietario o representación legal, según corresponda	
5. Fotocopia simple del R.U.T. de la sociedad, si corresponde	
6. Fotocopia simple de la cédula de identidad del representante legal o propietario	
7. Boleta de pago de arancel correspondiente	
8. Mandato legal en caso de actuar mediante un apoderado	
III.- DECLARACIÓN	
DECLARO CONOCER Y/O ACEPTAR:	
1. Normativa Sanitaria aplicable al establecimiento	





Depto. de Acción Sanitaria

Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

2. Requisitos establecidos en el instructivo general
3. Que si los antecedentes entregados al momento de ingreso de la solicitud, no corresponden a la realidad, será rechazada.

Firma del Propietario o Representante Legal

IV.- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA

Código Arancel:

2.1.7	Hospital
2.2.7	Clinica
2.3.7	Centro de Diálisis
3.11.7	Pabellón de Cirugía Menor
3.6.7	Laboratorio Clínico
3.8.7	Laboratorio Dental
3.10.7	Salas de Procedimientos

3.1.7	Policlínicos
3.2.7	ELEAM (Hogar de Ancianos)
3.5.7	Óptica
3.5.7	Sala de Ventas de Óptica
3.10.7	Servicio Privado de Traslado de Pacientes
3.2.7	Comunidad Terapéutica
3.7.7	Sala Externa de Toma de Muestra

Especificar:

FECHA DE RECEPCION DE SOLICITUD:

APROBADO: RECHAZADO: MOTIVO DEL RECHAZO: _____

FIRMA DE RECEPCIÓN: _____

